

指定居宅サービス事業所
 介護保険施設
 指定介護予防サービス事業所

指定(許可)申請書

年 月 日

新潟市長殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

介護保険法に規定する事業所(施設)に係る指定(許可)を受けたいので、下記のとおり、
 関係書類を添えて申請します。

法人番号

申 請 者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)	都 道 市 区	府 県 町 村		
	連絡先	電話番号 (内線)	FAX番号	Email		
	法人等の種類					
代表者(開設者)の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ氏名	生年月日			
代表者(開設者)の住所	(郵便番号 -)	都 道 市 区	府 県 町 村			

法人の吸収合併又は吸収分割における指定(許可)申請時に

指定(許可)を受けようとする事業所・施設の種類	同一所在地において行う事業等の種類	共生型サービス申請時に <input checked="" type="checkbox"/>	指定(許可)申請対象事業等(該当事業に○)	既に指定(許可)を受けている事業等(該当事業に○)	指定(許可)申請をす る事業等の開始予定 年月日	様 式
訪問介護		<input type="checkbox"/>				付表第一号(一)
訪問入浴介護						付表第一号(二)
訪問看護						付表第一号(三)
訪問リハビリテーション						付表第一号(四)
居宅療養管理指導						付表第一号(五)
通所介護		<input type="checkbox"/>				付表第一号(六)
通所リハビリテーション						付表第一号(七)
短期入所生活介護		<input type="checkbox"/>				付表第一号(八)(九)(十)
短期入所療養介護						付表第一号(十一)
特定施設入居者生活介護						付表第一号(十二)
福祉用具貸与						付表第一号(十三)
特定福祉用具販売						付表第一号(十四)
介護老人福祉施設						付表第一号(十五)
介護老人保健施設						付表第一号(十六)
介護医療院						付表第一号(十七)
介護予防訪問入浴介護						付表第一号(二)
介護予防訪問看護						付表第一号(三)
介護予防訪問リハビリテーション						付表第一号(四)
介護予防居宅療養管理指導						付表第一号(五)
介護予防通所リハビリテーション						付表第一号(七)
介護予防短期入所生活介護		<input type="checkbox"/>				付表第一号(八)(九)(十)
介護予防短期入所療養介護						付表第一号(十一)
介護予防特定施設入居者生活介護						付表第一号(十二)
介護予防福祉用具貸与						付表第一号(十三)
特定介護予防福祉用具販売						付表第一号(十四)

介護保険事業所番号 (既に指定又は許可を受けている場合)
 医療機関コード等 (保険医療機関として指定を受けている場合)